

見 学 申 込 書

年 月 日

社会福祉法人

聴力障害者情報文化センター 聴覚障害者情報提供施設 施設長 殿

次のとおり、見学を申し込みます。

申 込 者	※団体 の場合 にご記 入 ください	団体名			
		代表者名			
	担当者名または 個人名				
	住 所		〒	—	
			都道 府県	市区 町村	
連絡先		TEL	()		
		FAX	()		
		E-mail	@		
見 学 日 時		年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
人 数 (引率者を含む)		全 名 (ろう者 名、難聴者 名、聴者 名)			
必要な配慮等					
引率者		<input type="checkbox"/> あり (氏名) <input type="checkbox"/> なし			
目 的 または 希望内容					

センター記入欄 *こちらには記入不要です

受付日 年 月 日

様

このたびは当センターの見学申込をありがとうございます。

上記のとおり、見学の受入れが決定したので、お知らせいたします。

社会福祉法人聴力障害者情報文化センター

聴覚障害者情報提供施設 施設長

〒153-0053 東京都目黒区五本木 1-8-3

TEL03-6833-5004 FAX03-6833-5005